

## Nekatere pomembnejše ugotovitve v sociologiji medicine

UDK 616-058:301

**IZVLEČEK** – *Sociologija medicine si kot mlada veja sociologije pri nas utira svojo pot, kar narekuje potrebo, da se osvetlijo okoliščine in vzroki njenega nastanka, njen predmet ter predstavijo sociološka raziskovanja v medicini doma in v svetu. Prispevek je nastal na temelju diplomske naloge Človek kot pacient in prikazuje pomembnejše sociološke ugotovitve, ki se nanašajo na družbeno pogojenost zdravja, na vpliv slojev-ske pripadnosti ljudi, na različno ravnanje v zvezi z zdravjem, boleznijo in zdravstvenimi storitvami in na pojave družbene neenakosti na področju zdravstvenega varstva.*

**SOME RELEVANT FINDINGS IN THE FIELD OF THE SOCIOLOGY OF MEDICINE. ABSTRACT**– *Sociology of medicine is a new scientific branch which is still consolidating its position. Therefore, there is a need for throwing light on the circumstances and causes of its origin, for outlining its scope and presenting the research activity in this country and abroad. The article is based on the degree thesis entitled »Man as a Patient«. It presents some important sociologic findings concerning the interdependence of health and society, the role of social and economic classes and various approaches to health, disease and health care. Also, it deals with the problems of social inequality which arise in the field of health.*

Danes je sociologija prodrla skoraj že na vsa področja družbenega življenja in dela. Obča sociologija ni več sposobna spremljati in proučevati pojavov in procesov na posebnih področjih družbenega življenja in dela, kar je narekovalo nastanek posebnih sociologij, med njimi tudi sociologije medicine, ki si utrjuje svoje mesto od konca druge svetovne vojne dalje. Sociologija medicine pomeni uporabo metod in konceptov sociologije kot družbene znanosti pri sistematičnem proučevanju medicine, problemov zdravstvenega varstva, zdravja in bolezni (1).

Zapletena družbenoekonomska situacija sodobne družbe, potrebe po uspešnem in racionalnejšem reševanju praktičnih družbenih vprašanj s področja medicine so vplivale na to, da so zdravstveni delavci uvideli, da samo na osnovi biomedicinskega znanja ne morejo reševati problemov s področja zdravstvenega varstva, še posebej v času znanstvenega in tehnološkega napredka medicine.

K nastanku sociologije medicine je pripomogla že sama opredeljenost medicine kot znanosti in družbene dejavnosti, kajti vsaka medicinska dejavnost predpostavlja odnos med najmanj dvema posameznikoma, med bolnikom in zdravnikom oziroma med dvema skupinama, družbo z ene strani in med zdravstvenimi delavci v najširšem smislu na drugi strani (2).

Zdravstveno stanje prebivalstva priteguje danes čedalje več pozornosti širše javnosti in ne samo zdravstvenih delavcev. Pojavljajo se spremembe zdravstvenega stanja (nesposobnost za delo, invalidnost, smrt), ki se dogajajo v sklopu hitrih sprememb: zlasti industrializacije, urbanizacije. Spremembe v življenjskem in delovnem okolju zahtevajo, da se jim človek prilagodi, če zdravja ne razumemo kot stanja, temveč kot trajni proces prilagajanja na spremenjene zahteve življenja in

spremembe pomena življenja (1). Na uporabo sociologije v medicini so poleg že navedenih dejavnikov vplivale še druge okoliščine: bolnik se vse bolj obravnava kot osebnost, kot član družine, skupine in razreda z določenim statusom; potreba po timskem delu pri opravljanju zdravstvenih storitev in potreba po angažiranju drugih strokovnih kadrov v zdravstvu; izgradnja sodobnih bolnišnic in zdravstvenih centrov in njihovo funkcioniranje odpira niz novih družbenih problemov, kjer potrebujejo tudi sociologa; stalno povečevanje števila starejših oseb v strukturi prebivalcev; učinkovita porazdelitev zdravstvenih storitev; povečana realizacija funkcionalnega programa preventivne medicine (3).

Sociologija medicine je kot samostojna sociološka veja dobila svojo znanstveno potrditev na 4. mednarodnem sociološkem kongresu, ki je bil leta 1959 v Stresi pri Milanu, ko je bila ustanovljena sekcija za sociologijo medicine ter skupine za posamezna področja. S hitrim razvojem empiričnih raziskovanj na tem področju kot tudi z razpravami o določenih teoretičnih vprašanjih se je pojavilo vse več podvej sociologije medicine: psihiatrična sociologija, sociologija bolnika, sociologija zdravstvenih delavcev.

### **Predmet sociologije medicine**

Sociologija medicine je ena izmed zelo mladih posebnih sociologij, ki je imela v začetni fazi svojega razvoja pretežno empirični karakter, vendar posveča pozornost tudi znanstveno teoretičnemu pojasnjevanju rezultatov svojih empiričnih proučevanj.

Pri opredeljevanju predmeta sociologije medicine se pojavljata dve težavi, prva je relativno razvita raven empiričnega raziskovanja, druga težava pa se kaže v nerazvitosti splošno teoretičnih stališč, kar se posebej izraža pri meščanskih sociologih: J. Sigeristu, E. Friedsonu, T. Parsonsu in drugih.

Po koncepcijah, ki prevladujejo v ZDA, se sociologija medicine ukvarja z naslednjimi vprašanji:

1. *kaj je sociologija medicine in v katero vrsto znanosti sodi;*
2. *pojem bolezni in njen odnos do družbene kontrole in odstopanja;*
3. *problem razprostranjenosti bolezni;*
4. *koncept socialne vloge za ravnanje ljudi, ki so bolni, in tistih, na katere se bolniki obračajo po pomoč;*
5. *vloga zdravnika in koncepta njegovega poklica s posebnim poudarkom na obnavljanju kadrov za zdravniški poklic;*
6. *narava strokovnega izbora kadrov;*
7. *delovna praksa zdravnika in medprofesionalni odnosi;*
8. *proučevanje bolnišnic in drugih podobnih institucij glede na birokratski odnos in birokratsko organizacijo;*
9. *mesto zdravstva in drugih institucij v družbeni skupnosti (3).*

Razvitost marksistično orientirane medicinske sociologije v socialističnih državah je relativno nizka. Zato se tudi med znanstvenimi delavci, ki se ukvarjajo s sociološkimi vidiki medicine, pojavlja različno mnenje glede predmeta sociologije medicine.

K razvoju sociologije medicine kot znanstvene discipline je dala pomemben prispevek poljska sociologinja Magdalena Sokolowska, ki je napisala številna dela s

tega področja. Sama je organizirala in vodila številna raziskovanja v medicini. Sokolowska razume sociologijo medicine kot najmlajšo vejo empirične sociologije, ki se ukvarja s proučevanjem pojavov in drugih družbenih procesov, ki so povezani z obolenji in medicino (3).

Stopnja razvitosti socioloških empiričnih in teoretičnih proučevanj s področja zdravstvenega varstva in medicine pri nas je nizka. Začetki segajo na področje socialne medicine kjer sta od drugega desetletja tega stoletja dalje delovala Andrija Štampar in Milan Jovanović-Batunt, ki sta že tedaj poudarjala pomen in vpliv družbenoekonomskih dejavnikov na zdravje in bolezen prebivalstva.

Kljub navedenim težavam obstaja sodelovanje sociologov in zdravstvenih delavcev pri raziskovanju na področju medicine in zdravstvenega varstva. To je vplivalo na to, da se je pri nas zasnova medicinska sociologija. Vendar je malo strokovnjakov, znanstvenih del in študij, ki bi se pretežno ukvarjale s sociologijo medicine. Zato so tudi mnenja o predmetu in vsebini sociologije medicine različna. Naj navedem le dve izmed njih. Žarko Vuković v članku *Medicina i sociologija* izhaja iz stališča, da je sociologija medicine najmlajša veja empirične sociologije in pomeni uporabo metod in konceptov sociologije kot družbene znanosti pri sistematičnem proučevanju medicine, problemov zdravstvenega varstva in bolezni. Drugo stališče o sociologiji medicine je izdelano na Univerzi v Zagrebu in vključuje v predmet in vsebino medicinske sociologije: povezanost in medsebojno pogojenost medicinskih in družbenih fenomenov (bolezen, kultura, običaji, socialni status itd.); socialno situacijo bolnikov, zdravstvenih delavcev in drugih udeležencev v zdravstvenem varstvu; oblike komuniciranja bolnik – zdravstveni delavec; socialne interakcije, kot so tržni mehanizmi, mehanizmi solidarnosti, tipi zdravstvenega zavarovanja, vprašanja odnosov med zdravstvenimi institucijami in v zvezi s tem položaj zdravstva v strukturi družbe nasploh (3).

### **Sociološka raziskovanja v medicini**

Začetki socioloških raziskovanj segajo v drugo polovico tega stoletja in so tesno povezani z ameriško sociološko miselnostjo, takrat se začenja pojavljati niz raziskovanj, ki dajejo osnovne sestavine za nastanek sociologije medicine kot samostojne znanstvene discipline. Ameriški sociologi, med katerimi so najbolj znani Parsons, Merton in Kendal, so usmerili posebno pozornost na vse večji pomen in vlogo medicine kot znanosti ter tudi kot praktične discipline v družbenem življenju Amerike in zahodne Evrope.

Koos, Saunders in Perl so v svojih raziskovanjih ugotovili, da se različni sloji prebivalcev v kapitalistični družbi različno vedejo do zdravja, bolezni in do zdravstvenih storitev. Desetine drugih avtorjev s področja sociologije medicine je posvetilo pozornost funkcioniranju bolnišnic, profesionalizmu v medicini, izpolnjevanju družbene vloge bolnika in zdravstvenega osebja v procesu vzajemnega kontakta v različnih okoliščinah.

V Veliki Britaniji se je relativno zgodaj pokazala potreba po sociološkem raziskovanju na področju zdravstva. Sociološka raziskovanja so se nanašala na številne probleme s področja zdravstva: proučevanje administracije v bolnišnicah, funkcioniranje bolnišnic, razmerje med poklicem in vrsto obolenja, proučevanje načina življenja in tipov gospodinjstev, zdravstvena prosvetljenost prebivalcev; niso pa izpostavljeni problemi profesionalnega združevanja zdravstvenih delavcev.

V Zvezni republiki Nemčiji (ZRN) so že socialni higieniki v XIX. stoletju pokazali na vpliv socialnih faktorjev na bolezen in zdravje ljudi. Poudarjali so potrebo po proučevanju družbenoekonomskih in kulturnih dejavnikov zdravja in boleznih kot nove naloge znanosti. V 60. letih se v ZRN začenejo organizirana sociološka raziskovanja na področju medicine. Ta raziskovanja so bila pogojena z diskusijo o sistemu zdravstvenega varstva. Posebej so proučevali zdravstveno stanje posameznih skupin prebivalcev, njihovo patologijo, kot tudi vpliv posameznih dejavnikov delovnih in življenjskih razmer na nastanek posamezne bolezni.

Kot samostojna znanstvena disciplina se je sociologija medicine v Sovjetski zvezi (SZ) oblikovala v 60. in 70. letih tega stoletja, kar je rezultat splošnega stanja sociološke misli v SZ – splošne teorije, socialne teorije in konkretnih družbenih raziskovanj. Sovjetski avtorji N. Graščenko, B. J. Smulevič, D. B. Petrov, M. T. Youčuka, G. V. Osipova so s svojimi deli vplivali, da je bila leta 1959 na Mednarodnem sociološkem združenju ustanovljena sekcija za sociologijo medicine. V SZ so posvetili posebno pozornost razvoju metod in tehnik socioloških raziskovanj, posebno matematičnim in socialnopsihološkim. To je omogočilo tudi razvoj drugih znanosti, ki mejijo s sociologijo.

Prav tako so zelo razvita sociološka raziskovanja na Poljskem, ki ima dolgo sociološko tradicijo. Najpomembnejši raziskovalci na področju sociologije so J. Szczepanski, Z. Baum, M. Winter in M. Sokolowska.

### **Sociološka raziskovanja na področju sociologije medicine pri nas**

Pri nas se empirična sociološka raziskovanja na področju medicine pojavljajo zadnjih deset let. K oblikovanju sociologije medicine kot znanstvenoraziskovalne in pedagoške discipline so veliko prispevali zdravstveni delavci, ki so spoznali potrebo po vključevanju sociologije na področje medicine in zdravstva, pri tem pa so naredil prve korake pri praktični obravnavi družbenoekonomskih dejavnikov, ki pomembno vplivajo na zdravstvo. Začetki socioloških raziskovanj na področju sociologije medicine segajo pri nas na področje socialne medicine, nevropsihiatrije in na vsa tista področja medicine, kjer je za uspešno zdravljenje potrebno prostovoljno in aktivno sodelovanje bolnika.

Čeprav so rezultati empiričnih socioloških raziskovanj in znanstvenih obravnav na področju medicine, v celoti gledano, dokaj skromni (občasnost, neorganiziranost, nesistematičnost in slaba družbena podpora sociološkim raziskavam v medicini), je tudi nekaj razvitih znanstvenih in pedagoških centrov, kot so Zagreb, Beograd, Sarajevo, Ljubljana, Skopje, Niš, Reka, ki se že eno ali dve desetletji ukvarjajo s povezovanjem sociologije, medicine in zdravstvenega varstva kot posebnega področja družbenega dela. Izsledki in rezultati socioloških raziskovanj na področju medicine so široko uporabni v praksi zdravstvenega varstva in tudi v širših družbenih akcijah na relaciji medicina – zdravstvo – družba.

V Sloveniji so se s sociološkim raziskovanjem na področju medicine posebej ukvarjali na Inštitutu za sociologijo in filozofijo, kjer so izdelali dve raziskavi: **Sociološke raziskave v zdravstvu** (1976) (4) in **Organizacijske, socialne in družinske determinante hospitalizacije** (1978) (5). Prva raziskava odpira široke možnosti za uporabo socioloških raziskovanj v zdravstvu (npr. socialne spremembe in zdravje, zdravstvo in družba). Druga raziskava pa je proučila vpliv izvenmedicinskih determinant hospitalizacije pri 1871 bolnikih, hospitaliziranih na vseh internih

kllinikah in oddelkih v Sloveniji. Ugotovljeno je bilo, da je kar 22,6% bolnikov bilo hospitaliziranih zaradi izvenmedicinskih dejavnikov, od tega bi 9,4% bolnikov potrebovalo bivanje v socialni ustanovi, 6,6% bi potrebovalo ustrežnejše zdravljenje v osnovni zdravstveni službi, 6,6% bolnikov pa je bilo med zdravljenjem nediscipliniranih.

## **POMEMBNEJŠE UGOTOVITVE NA PODROČJU SOCIOLOGIJE MEDICINE**

Predstaviti želimo pomembnejše sociološke ugotovitve, ki se nanašajo na družbeno pogojenost zdravja, bolezni; na vpliv slojevske pripadnosti ljudi, na različno ravnanje v zvezi z zdravjem, boleznijo in zdravstvenimi storitvami; na pojave družbene neenakosti na področju zdravstvenega varstva.

Vpliv raznovrstnih družbenih dejavnikov na vrsto in razširjenost bolezni ter tudi na medicino, zdravstveno službo, je vse bolj predmet temeljitejših znanstvenih proučevanj sociologov. Ekonomski standard, razvoj gospodarstva, način življenja, gostota naselitve in druge demografske značilnosti, specifični običaji in religija, prosvetljenost in organizacija zdravstvene službe, so dejavniki, ki odločajo o zdravstvenem stanju posameznika in skupnosti. Družbeni dejavniki lahko:

- ustvarjajo in stimulirajo preddispozicije za nekatera obolenja,
- nastopajo kot neposreden vzrok obolenja,
- pospešujejo delovanje povzročiteljev bolezni,
- vplivajo na potek bolezni (2).

Med boleznijo in družbenimi dejavniki torej obstaja izrazita interakcija. Z ene strani družbeni dejavniki delujejo na niz bolezni, z druge strani pa bolezen kot ekonomski in družbeni problem deluje na številna družbena dogajanja.

Na medsebojni vpliv ekonomskih dejavnikov in zdravstvenega stanja sta opozorila že K. Marx in F. Engels. Marx je to pokazal v I. zvezku Kapitala, ko pravi, da je prvotna akumulacija kapitala privedla do povečane obolelosti delavcev. Engels pa je v svojem delu Položaj delavskega razreda v Angliji pokazal, da je industrijska revolucija v začetku prejšnjega stoletja privedla delavce v težke življenjske in delovne razmere, ki imajo za posledico očitno poslabšanje zdravstvenega stanja delavcev.

Ameriški sociologi Koos, Saunders in Perl (3) so v svojih raziskovanjih odkrili, da se različni družbeni sloji sodobne kapitalistične družbe različno vedejo do zdravja, bolezni in zdravstvenih storitev. Koos je v svojih proučevanjih ugotovil, da pripadniki višjega sloja bolj pogosto opredelijo sebe za bolne kot pripadniki nižjega sloja; čeprav imajo zadnji veliko bolj očitne bolezenske simptome, opredelijo sebe kot manj bolne. Pomoč pri zdravniku iščejo šele tedaj, ko je njihovo stanje zares težko.

Mechanic in Volkart (6) sta subjektivno opredelitev simptomov pri bolniku imenovala »bolezensko vedenje« (illness behavior), ki kaže na to, da zgolj navzočnost simptomov in njihova narava še ne določata, ali se bo kdo počutil bolnega, pač pa je to odvisno od tega, kako si posameznik te simptome razloži. Razlaga simptomov nastane pod vplivom posameznikovega položaja v skupnosti, njegovih vrednot v zvezi z zdravjem, laičnih definicij in vrste življenjskih stresov ali stisk, ki

ga tedaj peste. Vsi ti socialni in psihološki dejavniki ustvarjajo različne oblike bolezenskega vedenja in različen odnos do iskanja zdravstvenih storitev.

Operativna znanstvena proučevanja v deželah zahodne Evrope in v ZDA so pokazala, da obstajajo velike razlike v iskanju zdravstvenih storitev med pripadniki višjih in nižjih družbenih slojev. Pourola in sodelavci (7) so ugotovili, da so te razlike socialno opredeljene in da jih v prvi vrsti pogojujejo razlike v ekonomskem statusu, različna dostopnost zdravstvenih institucij glede na način njihove organizacije in na različnost kulturnih in socialnopsiholoških dejavnikov.

Pri nas se je s proučevanjem družbenih neenakosti pri uporabi storitev zdravstvenega varstva ukvarjal M. Škrbić, ko je v SR Hrvaški proučeval razlike v uporabi tovrstnih storitev med kmečkimi zavarovanci in prebivalstvom, zajetim v sistem zdravstvenega zavarovanja delavcev. Analiza, ki jo je izvedel Škrbić, potrjuje hipotezo, da v naši družbi obstajajo razlike v uporabi storitev zdravstvenega varstva med socialnimi skupinami in sloji, ki so bili zajeti z različnimi sistemi zdravstvenega zavarovanja, pa tudi znotraj kategorij zavarovancev, sicer enotnega zdravstvenega zavarovanja delavcev.

Angleška sociologa D. A. Pendelton in S. Bocher sta v svoji študiji proučevala proces dajanja informacij in pojasnil s strani splošnega zdravnika glede na slojevsko pripadnost bolnika. Ugotovila sta, da med pripadniki nižjega sloja in zdravstvenimi delavci obstaja socialna distanca, ki ovira medsebojno komuniciranje. Družbeni položaj bolnika je pomemben napovedovalec tega, kakšne in kako pogoste bodo informacije in pojasnila, ki jih bo zdravnik prostovoljno dal bolniku. V svoji študiji sta prišla do pomembne sociološke ugotovitve: bolniki si ne glede na slojevsko pripadnost želijo izvedeti, kakšna je narava in vzrok njihove bolezni, kako resno je to stanje, kakšna je prognoza, kakšna bo narava obravnave (8).

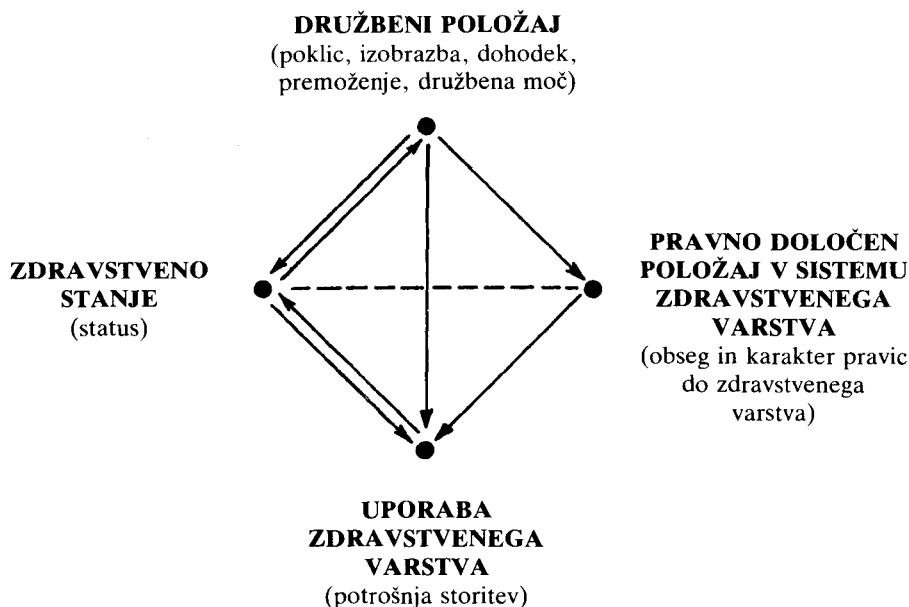
## **INTERAKCIJSKI ODNOS MED DRUŽBENIM POLOŽAJEM, ZDRAVSTVENIM STATUSOM, UPORABO ZDRAVSTVENIH STORITEV IN POLOŽAJEM V SISTEMU ZDRAVSTVENEGA VARSTVA**

Grafična ponazoritev interakcijske verige socialne epidemiologije, ki jo je izdelal Škrbić, kaže na temeljne vezi, ki nastajajo na področju zdravstvenega varstva oz. zdravstva (stran 20).

### **Pogojenost družbenega položaja in zdravstvenega stanja**

Družbeni položaj posameznika (katerega determinante so poklic, izobrazba, dohodek, premoženje, družbena moč) določa mesto posameznika ali skupine znotraj globalne družbe. Družbeni položaj posameznika bistveno vpliva na njegovo zdravstveno stanje. Prav tako lahko razlike v zdravstvenem stanju posameznika vplivajo na njegov družbeni položaj in njegovo blaginjo. Tako družbeni položaj posameznika, skupine lahko nastopa kot pomemben napovedovalec življenjske dobe, mortalitete in morbiditete. Na podlagi zdravstvene in demografske statistike se lahko domneva, da imajo socialne skupine, pripadniki nižjih družbenih slojev (kmetje, nekvalificirani in polkvalificirani delavci) različno strukturo morbiditete in mortalitete in drugačno življenjsko – starostno strukturo glede na pripadnike višjih družbenih slojev, ki imajo ugodnejše življenjske in delovne razmere, višjo

stopnjo izobrazbe, višjo raven socialne varnosti in večjo dostopnost do storitev zdravstvenega varstva.



Statistični podatki (osnovna statistika bolniških odsotnosti, razna poročila) dajejo veliko možnosti za sociološko stratifikacijsko analizo mortalitete, morbiditete populacije, vendar je njihova izkoriščenost slaba. Raziskavo, ki je uporabila podatke iz zdravstvene statistike, je izdelal Inštitut za medicinsko raziskovanje v medicini dela v Zagrebu (Mimica, Savić, Malinar, 1977; Popović, Škrbić, Letica, 1981) (9) na vzorcu 11 575 moških in 11 690 žensk. Ugotovljeno je bilo, da je ženska imela v povprečju sedem diagnoz (6,9), moški pa nekoliko več – 7,3 diagnoze.

Pri moških je v povprečju ugotovljeno največ bolezní pri kategoriji upokojencev in pri drugih poklicih. Po številu odkritih diagnoz so na drugem mestu kmetje (7,5 diagnoz), sledijo nekvalificirani delavci (6,8 diagnoz) ter administrativni in tehnični delavci. Najmanj bolezní pri moških imajo v povprečju intelektualci (5,9 diagnoz).

Pri ženskah imajo največ odkritih diagnoz kmetice (8,8 diagnoz), celo več kot kategorija upokojenk (7,8 diagnoz). Gospodinje in kvalificirane delavke imajo v povprečju 7,2 diagnoze, nekvalificirane delavke celo nekoliko manj – 6,2 diagnoze. Najmanj diagnoz (5,6) imajo intelektualke.

Iz navedenih podatkov je razvidno, da so med tistimi, ki najbolj obolevajo pri moških in pri ženskah, v ospredju poklicne kategorije kmetov, upokojencev, nekvalificiranih delavcev, manj diagnoz pa imajo kvalificirani delavci, administrativni delavci, najmanj pa intelektualci.

Upokojenci so izrazito selekcionirana populacija, ki je svojo energijo že vložila v delovni proces, ima višjo starostno strukturo ter velik delež invalidskih upokojencev, kar ima za posledico večjo obolevnost te populacije.

Tabela 1 in 2: Razširjenost nekaterih bolezni, izraženih na 100 pregledanih oseb

## 1 – Moški

Bolezni	kmetje	nekvalif. delavci	kvalificirani delavci	administrativni delavci	intelektualci	upokojeneci, drugi
Diabetes	2,4	7,2	<b>9,9</b>	<b>10,7</b>	3,0	8,3
Nevroze	14,1	<b>22,1</b>	21,5	14,5	16,5	<b>30,4</b>
Kronični alkoholizem	<b>44,8</b>	<b>39,4</b>	26,9	15,1	4,9	23,2
Hipertenzije	17,7	22,6	2,2	<b>26,4</b>	23,9	<b>25,5</b>
Infarkt, bolezni srca	<b>7,4</b>	7,2	4,3	5,0	3,4	<b>7,9</b>
Varikoze	<b>28,2</b>	17,3	16,4	14,5	9,0	<b>20,0</b>
Hemeroidi	7,4	15,4	14,4	<b>25,2</b>	<b>15,7</b>	13,0

## 2 – Ženske

Bolezni	kmetice	nekvalif. delavke	gospodinje	kvalif. administrativne del.	intelektualke	upokojenke, druge
Diabetes	<b>2,6</b>	2,0	2,5	1,0	2,2	<b>6,0</b>
Nevroze	<b>37,3</b>	27,1	28,2	<b>28,4</b>	27,4	23,9
Kronični alkoholizem	<b>13,0</b>	2,4	<b>5,0</b>	1,0	0,7	0,8
Hipertenzije	21,2	22,7	<b>29,7</b>	29,5	22,9	<b>32,8</b>
Infarkt, bolezni srca	<b>14,5</b>	4,0	6,4	1,0	4,4	<b>9,0</b>
Varikoze	<b>50,3</b>	32,4	30,7	29,5	20,0	<b>33,6</b>
Hemeroidi	5,2	10,9	12,8	<b>21,0</b>	15,6	<b>17,2</b>

Poklicni kategoriji kmetov in nekvalificiranih delavcev sta tudi izrazito specifični kategoriji v primerjavi z drugimi poklicnimi kategorijami. Kmetje so eksistenčno vezani na zemljo, zato večino svojega časa posvetijo delu, kvaliteta zadovoljevanja drugih potreb, med njimi tudi zdravstvenih, je nizka, poleg tega pa je za kmete značilen dokaj tradicionalen stil življenja, ki ima svoj izvor v nizki stopnji dosežene izobrazbe, v kulturni zaostalosti, zato je tudi zdravstvena prosvetljenost na nižji ravni. Vpliv kmetov na družbena dogajanja, njihova družbena moč je nizka, kar ima svoj odsev v dejstvu, da zdravstveno varstvo kmetov dolgo časa ni bilo izenačeno z zdravstvenim varstvom delavcev. Kmetje so bili deležni le osnovnega zdravstvenega varstva, ne pa tudi bolnišničnega.

Pri nekvalificiranih delavcih je njihova primarna aktivnost delo, tudi čas izven dela je namenjen zadovoljevanju eksistenčnih in materialnih potreb, da bi si izboljšali nizek družbeni položaj. Zaradi usmerjenosti vseh potencialov v zadovoljevanje eksistenčnih in materialnih potreb, je manj možnosti za zadovoljevanje drugih potreb, med njimi tudi zdravstvenih. Poleg tega je za nekvalificirane delavce značilna nižja raven izobrazbe, zdravstvene in splošne kulture, manjša je njihova socialna varnost in dostopnost do storitev zdravstvenega varstva.

Po najmanjšem številu diagnoz, tako pri moških kot pri ženskah, izstopajo intelektualci, kar ima svoj vzrok verjetno v višji kvaliteti življenja, ugodnejših



delovnih razmerah, višji stopnji izobrazbe ter zdravstvene in splošne kulture, višji ravni socialne varnosti ter večji dostopnosti storitev zdravstvenega varstva.

Raziskovanja v ZDA in Veliki Britaniji so potrdila vpliv družbenega položaja na zdravstveno stanje in obratno. Ameriška študija Medical care, health status and family income (10) je ugotovila, da število obiskov pri zdravniku narašča z višino dohodka družine. Študija je vzela za primerjavo število obiskov pri splošnem zdravniku pri dveh ekstremnih dohodkovnih skupinah (2000 in 7000 ameriških dolarjev) v času enega leta. Rezultati so pokazali, da znaša razmerje 2,3 : 3,8, torej v prid tistih z višjim družinskim dohodkom. 12,9% tistih, ki imajo nizek družinski dohodek, je obiskalo specialista enkrat letno medtem ko je od tistih, ki imajo višji družinski dohodek (7000 ameriških dolarjev), ta delež kar 27,5%.

Nadaljnje ugotovitve so se nanašale na pogostost kroničnih obolenj in na število bolniških dni. Bolniki, katerih družina ima nizek dohodek, imajo več kroničnih obolenj, kar 57,6% v primerjavi z višjimi dohodkovnimi kategorijami, ki jih imajo 42,9%. Razlike se izražajo tudi v številu bolniških dni, pri moških z nižjim dohodkom jih je 10,2 dni, glede na moške, ki imajo višji dohodek – 4,9 dni. Pri ženskah znaša ta odnos 7,5 dni : 6,5 dni.

Ob koncu lahko strnemo ugotovitev, da **delovni ljudje in občani s slabšim družbenim in ekonomskim položajem pogosteje obolevajo, v času bolezni pa se njihov ekonomski in družbeni položaj še naprej slabšata**, pri čemer se zdravstveno stanje kaže kot eden izmed virov širjenja družbene neenakosti. Zato obstaja družbena potreba, da bi se položaj bolnega delavca in delovnega človeka, zlasti tistega z nizkim družbenim in ekonomskim položajem, izboljšal. Pri tem pa bi morali sistem graditi tako, da ne bi stimuliral povečanja že tako visoke stopnje odsotnosti z dela. Zaradi tega bi načelo izboljšanja ekonomskega položaja bolnih morali uvajati selektivno, povezano z višino in strukturo dohodka, tudi z zagotavljanjem ustrezne kontrole odsotnosti z dela. Doseči bi morali večjo stopnjo sodelovanja zdravstva in delovnih organizacij, prav tako tudi takšno razvejanost zdravstvene mreže, ki bi omogočila boljši stik med zdravniki in bolniki, saj bi tudi s tem ustvarjali pogoje za strokovno-medicinski nadzor nad bolnimi. Boljša kontrola odsotnosti z dela bi verjetno bistveno izboljšala izgube, ki so zdaj zelo velike in tudi v tem bi nastale rezerve za izboljšanje ekonomskega položaja resnično bolnih (11).

### **Vpliv družbenega položaja na uporabo storitev zdravstvenega varstva**

Družbeni položaj in njegove determinante prav tako vplivajo na obseg in strukturo storitev, ki jih posamezni družbeni sloji uporabljajo. Preden bi pokazali nekatere razlike v obsegu in strukturi storitev zdravstvenega varstva, želimo posebej pokazati dejavnike, ki pogojujejo zdravstveno potrošnjo.

Brez dvoma je zdravstvena potrošnja odvisna od številnih dejavnikov – demografskega razvoja, družbenih in ekonomskih pogojev, socialno-psiholoških značilnosti, kulturne in izobrazbene ravni prebivalstva, napredka medicine – ki niso enakomerno zastopani in imajo v posameznih primerih večji ali manjši vpliv.

Za medicinsko potrošnjo so zanimive predvsem tiste potrebe, ki pridejo do zavesti ljudi kot interes, ki ga je treba zadovoljiti. Ta potreba pa mora biti dovolj močna, da jo ljudje občutijo kot primarno potrebo, ki jo pretvorijo v realno zdravstveno povpraševanje – potrošnjo. Da svojo potrebo lahko zadovoljijo, pa mora biti na voljo organiziran način varstva pred različnimi škodljivimi bolezen-

skimi vplivi. S povečanjem aktivnega varstva se povečuje tudi krog zdravstvene potrošnje, kar je v današnjih razmerah pomembno družbeno vprašanje. S povečanjem učinkovitosti medicine in s povečanjem dostopnosti do zdravstvenega varstva je prišlo do razkoraka med čedalje večjimi zdravstvenimi potrebami in realnimi družbenimi možnostmi (ekonomskimi, tehničnimi, kadrovskimi). Tako nastajajo številni etični problemi in dileme. Zdravstveni delavci se srečujejo s problemi izbora zdravstvenih prioritet v uporabi omejenih zdravstvenovarstvenih potencialov, srečujejo se s problemom omejenih možnosti za realizacijo pravic uporabnikov, posebej s problemom selekcije bolnikov pri uporabi zelo dragih in omejenih kapacitet (9).

## **Mehanizmi, ki pogojujejo zdravstveno potrošnjo**

### *1. Socialno-psihološki dejavniki*

V različnih družbenih okoljih, kulturah obstajajo razlike pri definiciji zdravja, bolezni in stališč do zdravstvene nege in hospitalizacije. Po definiciji, ki jo je dala Svetovna zdravstvena organizacija (WHO) leta 1948, je »zdravje stanje popolnega telesnega, duševnega in socialnega blagostanja in ne samo odsotnost bolezni in onemoglosti«. Pojem socialnega blagostanja je zaradi svoje relativnosti nepraktičen, zato je Svetovna zdravstvena organizacija ta pojem definirala takole: »socialno blagostanje je stanje miru in varnosti, v katerem ima vsak človek, ne glede na raso, spol, vero, politično prepričanje, pravico do šolanja in dela, ki mu daje možnost, da harmonično živi v zdravem okolju, ki mu daje zavarovanje v primeru bolezni, onemoglosti in starosti«.

Kljub definiciji zdravja pa ni dovolj jasno, ali naj se pri opredeljevanju zdravja upoštevajo samo medicinska ali tudi laična merila oziroma kombinacija obeh. So bolni samo tisti, ki jih označijo zdravniki, ki se opirajo na klinično pojmovanje bolezni?

Zato je proučevanje in poznavanje vpliva statusne, razredne, religiozne in kulturne pripadnosti in dejavnosti »pomembnih drugih« na bolezensko vedenje bolnika in njegov odnos do iskanja zdravstvene pomoči temeljna naloga sociologije medicine, programov zdravstvenega varstva in zdravstvenih delavcev.

Z znanstvenim proučevanjem bolezenskega vedenja in odnosa do iskanja zdravstvene pomoči so se ukvarjali avtorji, kot so Mechanic, Volkart, Koos, Saunders, Zborowski, Rossblatt in Suchman. Rossblatt in Suchman (10) sta ugotovila, da »modri ovratniki« pojmujejo svoje telo kot statičen objekt, ki se ne da »popraviti« (posebej velja to za oči in zobovje). »Beli ovratniki« pa na svoje telo gledajo kot na stroj, ki ga je treba vzdrževati v dobrem stanju (funkcioniranju) s pomočjo kozmetike, rehabilitacije, zdravljenja. Plastična kirurgija, stomatologija, uporaba ortopedskih pripomočkov so tako izraz statusne potrošnje. Pri »modrih ovratnikih« ima telo omejeno razsežnost – uživa v mladosti, potem trpi, trpeti pa je treba mirno tudi takrat, ko prihaja starost in onemoglost.

Saunders je primerjal stališča in odnos do bolezni in zdravstvene pomoči pri Špancih in Angležih. Ugotovil je, da so Angleži bolj usmerjeni k sodobni medicini, medtem ko se Španci bolj opirajo na ljudsko medicino in skrb družine za bolnika.

S proučevanjem kulturnih, družbenih reakcij na bolezen se je ukvarjal Zborowski, ki je izdelal klasično študijo reagiranja na bolezen pri Židih, Italijanih,

Ircih in »starih« Američanih. Rezultati so pokazali na izrazito emocionalno reakcijo na bolezen in bolečino pri Židih, Italijanih, medtem ko so Irci in »stari« Američani reagirali bolj stoično. Reagiranje na bolezen in bolečino je poleg drugih dejavnikov rezultat kulturnega okolja, v katerem ima bolnik, njegova družina možnost izražanja v okviru družbeno določenih načinov vedenja.

Mechanic je proučeval vpliv dejavnikov, ki vplivajo na oblikovanje bolezenskega vedenja in na iskanje zdravstvene pomoči. Izoblikoval je štiri temeljne dejavnike:

1. prisotnost določene bolezni med populacijo (pogostost),
2. poznavanje simptomov med člani skupnosti,
3. prognoza bolezni,
4. oblika in vrsta pomoči (obravnave) v času zdravljenja, izguba kot posledica bolezni.

Prva dva dejavnika kažeta na problem prepoznavanja bolezni, druga dva pa govorita o nevarnosti bolezni. Če so bolezenski simptomi jasno izraženi in jih je posameznik sposoben in pripravljen spoznati, je bolezen lahko ugotoviti; drugače je, če je bolezen redka in neobičajna. Kako bo posameznik v tem primeru opredelil svoje simptome, je predvsem odvisno od njegove zdravstvene prosvetljenosti in od odnosa do iskanja zdravstvene pomoči. Oseba, ki ima izrazito pozitiven odnos do iskanja zdravstvene pomoči in se zaveda pomembnosti bolezenskih simptomov, bo takoj, ko se bodo ti pojavili, poiskala ustrezno zdravstveno pomoč. Seveda to ne velja za osebe, ki niso dovolj zdravstveno prosvetljene, ki spregledajo očitne bolezenske simptome ali pa se jih nočejo zavedati; k zdravniku pridejo, ko je bolezen že močno izražena, kar seveda vpliva na potek in uspešnost zdravljenja. Zato Mechanic na več mestih opozarja na nalogo zdravstvenega varstva in medicine pri zdravstvenem prosvetljevanju populacije.

Iz proučevanj omenjenih avtorjev je moč ugotoviti, da imajo razlike v bolezenskem vedenju kulturno, socialno in socialnopsihološko ozadje. Vsak od teh dejavnikov vpliva na posameznikovo bolezensko vedenje z različno močjo in pogostostjo. Kljub temu pa lahko strnemo **bolezensko vedenje** v tri tipične kategorije:

1. V prvo skupino sodijo tisti, ki ob nastopu simptomov, ki niso hudi, ali kmalu za tem, opredelijo sebe kot potencialno bolne in se posvetujejo z zdravnikom glede diagnoze in zdravljenja. Ti posamezniki zaupajo zdravnikovi diagnozi in sledijo njegovim navodilom.

2. Nekateri obišejo zdravnika šele tedaj, ko je odpovedalo zdravljenje, ki so si ga predpisali sami ali pa so jim ga izbrali laiki. Zdravljenje odlagajo in pričakujejo, da bodo simptomi sami izginili ali pa se poslužujejo diete, masaže, počitka.

3. Obstaja tudi skupina tistih, ki ne želijo sprejeti vloge bolnega, kljub temu pa se zavedajo bolezenskih znakov, nadaljujejo z običajnimi socialnimi vlogami. Sem spadajo predvsem tisti, ki si ne morejo dovoliti, da bi bili bolni ali za to nimajo časa. Popustijo tedaj, kadar bolezen resno poseže v socialne vloge, ki se jim zdijo pomembne za njihovo življenje (12).

Na spreminjanje stališč do zdravja, bolezni in medicine so vplivala spoznanja o dejavnosti sodobne medicine pri preprečevanju bolezni, uspešnost zdravljenja velikega števila obolenj in odpravljanje ali ublažitev težav, ki jih povzročata bolezen. Poleg tako racionalnega stališča do medicine pa je živa tudi predstava o vsemogčnosti medicine. Sama ta predstava je sestavina širšega scientističnega optimisti-

čnega razumevanja, da si je človek z izrednim razvojem znanosti in tehnike vse umetno podredil, da je popoln gospodar in neodvisen od mnogih naravnih zakonitosti. To pojmovanje, ki ga vključujejo mnoge znanosti, temelji na predpostavkah, ki ne ustrezajo resničnim zgodovinskim, družbenim in naravnim temeljnim zakonitostim (13).

Pri nas zaradi pomanjkanja sistematičnih proučevanj in raziskovanj vpliva socialnopsiholoških dejavnikov na uporabo zdravstvenih storitev in na odnos do zdravja ne moremo izoblikovati nekih temeljnih ugotovitev. Raziskava Slovensko javno mnenje 1981/82, ki je zajela tudi področje zdravstva, je pokazala, da 2/3 Slovencev meni, da kar dobro skrbijo za svoje zdravje (tabela 3), medtem ko jih na vprašanje: Kdaj običajno greste k zdravniku? enak delež anketirancev odgovarja, da dokaj pozno – ko jih bolezen (poškodba) ovira pri delu, oziroma kadar so hudo bolni (tabela 4). Zakaj je tako, kažejo številni dejavniki – od povsem individualno-psiholoških pa do ekonomskih (nekatere družbene kategorije si težje privoščijo »bolniško«), dolge čakalne dobe, neenakomerna razporejenost zdravstvenih ustanov po posameznih področjih itd. Veljavnost in povezanost posameznih dejavnikov bi bilo potrebno natančno proučiti.

Tabela 3: **Kako Slovenci skrbijo za svoje zdravje?**

<b>skrb za zdravje</b>	<b>%</b>
zelo skrbim	12,9
skrbim	56,5
bolj malo, premalo	22,6
skoraj nič	3,8
ne vem	4,2
<b>Skupaj</b>	<b>100,0</b>

Tabela 4: **Kdaj grede Slovenci k zdravniku?**

<b>Kdaj običajno greste k zdravniku?</b>	<b>%</b>
hodim na preglede	8,0
k zdravniku grem, ko se pojavijo prvi znaki bolezni	23,9
ko me bolezen (poškodba) močno ovira pri delu	38,1
kadar sem hudo bolan	30,0
<b>Skupaj</b>	<b>100,0</b>

Če pogledamo posamezne poklicne kategorije (tabela 5), ugotovimo, da je delež tistih, ki skrbijo oziroma zelo skrbijo za svoje zdravje najmanjši med nekvalificiranimi in polkvalificiranimi delavci (57,1%), nezadovoljiv pa je tudi pri kmetih (58,5%), medtem ko je tudi pri obrtnikih in uslužbencih z višjo in visoko izobrazbo dokaj nizek.

Med upokojenci je največji delež tistih, ki za svoje zdravje skrbijo oziroma zelo skrbijo (81,9%). Ta ugotovitev je povezana z dejstvom, da so upokojenci selekcionirani del populacije, ki zaradi svojih nespecifičnih lastnosti bolj pogosto obolevajo, zato tudi večkrat obišejo zdravnika. So torej na nek način bolj zdravstveno osveščeni, kar se izraža v večji skrbi za lastno zdravje.

Zakaj kmetje in nekvalificirani ter polkvalificirani delavci tako malo skrbijo za lastno zdravje? Majhna skrb za lastno zdravje se izraža v obliki individualnih stališč do zdravja (ta pa niso raziskana), pogojena je z nizko ravno dosežene izobrazbe, splošne in zdravstvene kulture; z druge strani pa je ponudba zdravstvenih storitev in zdravstvene vzgoje s strani zdravstvene službe nezadostna in bi morala biti še bolj razvita, saj so kmetje, nekvalificirani in polkvalificirani delavci zaradi bioloških značilnosti, delovnih in življenjskih pogojev bolj izpostavljeni različnim boleznim.

Tabela 5: Poklicna oziroma kvalifikacijska struktura – skrb za lastno zdravje (v odstotkih)

skrb za zdravje	poklicna oziroma kvalifikacijska struktura							
	1	2	3	4	5	6	7	8
zelo skrbim	57,1	71,0	74,6	64,4	63,4	58,5	81,9	68,0
premalo, nič	42,9	25,4	22,3	34,1	36,6	36,8	13,5	25,7
ne vem	0	3,6	3,1	1,5	0	4,7	4,6	6,3
Skupaj	100	100	100	100	100	100	100	100

Tabela 6: Poklic oziroma kvalifikacija – obisk pri zdravniku (v odstotkih)

obisk pri zdravniku	poklicna oziroma kvalifikacijska struktura							
	1	2	3	4	5	6	7	8
hodim na preglede, ko se pojavijo prvi znaki bolezni	14,2	28,5	35,3	34,6	30,0	23,7	53,7	30,1
ko me bolezen (poškodba) ovira pri delu; ko sem hudo bolan	85,8	71,5	64,7	65,4	70,0	76,3	46,3	69,9
Skupaj	100	100	100	100	100	100	100	100

#### Legenda poklicne oziroma kvalifikacijske strukture

- 1 – nekvalificiran delavec, priučen ali polkvalificiran delavec
- 2 – kvalificiran delavec, visokokvalificiran delavec
- 3 – pomožni uslužbenec: – uslužbenec z nižjo izobrazbo  
– uslužbenec s srednjo izobrazbo
- 4 – uslužbenec z višjo in visoko izobrazbo
- 5 – obrtnik: – samostojni obrtnik – delodajalec  
– samostojni obrtnik brez tuje delovne sile
- 6 – kmet  
– kmečka gospodinja  
– pomagajoči član v kmetijstvu
- 7 – upokojenec
- 8 – drugo: – učenec, dijak, vajenec  
– študent  
– gospodinja v nekmetijstvu  
– druge vzdrževane osebe

Med nekvalificiranimi, polkvalificiranimi delavci je največ takšnih, ki gredo k zdravniku, ko jih bolezen oziroma poškodba močno ovira pri delu, oziroma kadar so hudo bolni (85,8%), veliko jih je tudi med kmeti (76,3%) in med kvalificiranimi in visokokvalificiranimi delavci (71,5%). Ta odnos je pri upokojencih zamenjan, saj kar 53,7% upokojencev hodi k zdravniku na preglede ali pa tedaj, ko se pojavijo prvi znaki bolezni.

Poklicne kategorije ne-, polkvalificiranih, kvalificiranih in visokokvalificiranih delavcev in kmetov nastopajo kot poklicne kategorije, ki zelo pozno sprejmejo vlogo bolnega. K zdravniku gredo navadno takrat, ko je bolezen že napredovala in jih ovira pri opravljanju delovne vloge, ki je za te poklicne kategorije eksistenčnega pomena. Pozno iskanje zdravstvene pomoči vpliva na to, da je učinkovitost zdravljenja manjša, z boleznijo pa se družbeni položaj teh kategorij še slabša.

## *2. Demografske spremembe*

Vpliv demografskih dejavnikov na rast zdravstvene potrošnje se kaže kot kvantitativno povečanje populacije, kar vpliva tudi na povečanje števila uporabnikov zdravstvenih storitev; večkrat pa se s povečanjem števila uporabnikov zdravstvenih storitev kvaliteta le-teh spremeni. Kvalitativni vidik povečanja populacije se izraža v spremenjeni starostni strukturi prebivalstva, ki nalaga večjo zdravstveno skrb za otroke in starejše ljudi. S pomočjo visoko specializirane medicinske obravnave se ohranja in podaljšuje življenje kroničnim bolnikom, duševno in telesno prizadetim, ki so veliki uporabniki zdravstvenih dobrin in storitev. Kakšna bo nadaljnja skrb za ta del populacije je odvisno od filozofije in etike naše družbe in njenih ekonomskih možnosti.

## *3. Družbene spremembe*

Družbene spremembe v vseh dimenzijah (ekonomski, sociokulturni, tehnološki, ekološki) delujejo na obseg in strukturo zdravstvene potrošnje. Posebej velja omeniti urbanizacijo in deagrarizacijo, ki sta povzročili izrazit porast mestnega prebivalstva ki je posledica prehajanja kmetov v nekmetijske poklice, kar ima za posledico feminizacijo in senilizacijo vasi. Posledica velikih prostorskih premikov so tudi suburbane in urbane aglomeracije. Hitrejša prostorska gibljivost prebivalstva ustvarja socialno in mentalno neprilagojenost normam, navadam, pogojem življenja in dela, kar ustvarja številne probleme, ki se izražajo v obliki najrazličnejših bolezni sodobnega urbanega prebivalstva: nervoja, kardiovaskularna obolenja, nesreče pri delu, doma, v prometu.

## *4. Materialna podlaga, diagnostični in terapevtski dosežki medicine*

Materialna podlaga, v najširšem smislu so to kadrovske, tehnične in finančne možnosti za zadovoljevanje zdravstvenih potreb, se lahko pojavlja v vlogi zadrževalca (če so nezadostne) ali pospeševalca uporabe zdravstvenih storitev.

Prav tako dejavnost sodobne medicine, uspešnosti pri zdravljenju in preprečevanju različnih obolenj, napor pri ohranjanju zdravja pozitivno vplivajo na obseg in strukturo zdravstvene potrošnje. Od številnih kazalcev, ki kažejo vpliv diagnostičnih in terapevtskih dosežkov na obseg in strukturo zdravstvene potrošnje, je

število prebivalcev na enega zdravnika in stomatologa zelo dober kazalec kadrovskega potenciala neke skupnosti.

### **Možnosti uporabe zdravstvenih storitev**

Ko že obstaja individualna želja, da se zadovoljijo spoznane zdravstvene potrebe, ostaja še vedno potreba, da se obvladajo materialno-ekonomske prepreke, ki ovirajo preraščanje izraženih zdravstvenih potreb v realno potrošnje zdravstvenih storitev (14). Dostopnost zdravstvenih storitev za vse uporabnike ne glede na njihov ekonomski in družbeni položaj se potrjuje v ustavi in v zakonu o zdravstvenem varstvu, kjer sta pravici do zdravja in zdravstvenega varstva obravnavani kot temeljni človekovi pravici. Zato je v interesu družbe, da odpravlja številne prepreke, ki so lahko materialne ali organizacijske narave.

Bolniki z nizkim družbenim statusom so manj socialno prilagodljivi, imajo manj izkušenj z zdravstvenim sistemom, da bi razumeli njegovo organizacijo in jo uspešno obvladali. Nižji družbeni sloji so vraščeni v ozek prostor, manj imajo stikov s širšim družbenim okoljem, manj so vključeni in aktivni v družbenopolitičnih in samoupravnih dejavnostih.

Ko bolnik iz nižjega družbenega sloja vstopi v zdravstveni sistem, se sreča s problemi razumevanja delovanja sistema, večkrat ne ve, kaj od njega pričakuje, niti, kaj mu daje. Bolniki, ki pripadajo višjim družbenim slojem so socialno prilagodljivejši, bolj izobraženi, izkušeni in kmalu odkrijejo, kako se je treba »prebijati« skozi zdravstveni sistem, poleg tega pa imajo »vodiče«, ki jih vodijo skozi zapletene zdravstvene procedure.

#### *1. Vpliv zdravstvenega zavarovanja na rast zdravstvene potrošnje*

✓ v interesu vsakega posameznika je, da se zavaruje za primer najrazličnejših zdravstvenih rizikov, saj sistem zagotovi zdravstveno varstvo in morebitno nadomestilo za bolezenski izostanek. Če ne bi bil zavarovan, bi mu bolezen pomenila velik izdatek.

Obvezno zavarovanje ima še druge prednosti: vpliva na rast zdravstvene potrošnje, ko spodbuja zavarovane osebe, da pogosteje in večkrat uporabljajo storitve zdravstvenih dejavnosti; razen tega sistem zdravstvenega zavarovanja ustvarja trdnjšo materialno podlago za delovanje zdravstvenih dejavnosti, poleg tega pa omogoča planiranje zdravstvenih potreb.

Naša zakonodaja zagotavlja pravice do zdravstvenih storitev in druge pravice ob bolezni, poškodbah, materinstvu, zmanjšani ali izgubljeni delovni zmožnosti posameznika ali njegovih družinskih članov.

#### *2. Položaj v sistemu zdravstvenega varstva*

Različne družbene kategorije, predvsem kmetje, obrtniki, ki opravljajo samostojno osebno delo s sredstvi, ki so v zasebni lasti, so imeli v posameznih republikah različen položaj v sistemu zdravstvenega varstva in zdravstvenega zavarovanja. Kmetje so imeli v vseh republikah pravico do osnovnega zdravstvenega varstva, ne pa tudi do bolnišničnega zdravstvenega varstva. K izenačevanju zdravstvenega varstva delavcev in občanov, ki opravljajo samostojno osebno delo s

sredstvi v zasebni lasti, z zdravstvenim varstvom delavcev, smo prvi pristopili v Sloveniji leta 1973, v ožji Srbiji leta 1978, na Hrvaškem pa dokaj pozno, leta 1980.

Nedvomno je zoženi obseg in struktura pravic, ki izhajajo iz zdravstvenega zavarovanja, vplival na manjši obseg in strukturo uporabe zdravstvenih storitev pri kmetih, delavcih s svobodnimi poklici ter poglobil družbene neenakosti. To hipotezo je za 60-ta leta potrdil Škrbič, ko je proučeval razlike v uporabi storitev zdravstvenega varstva med socialnimi skupinami in sloji, ki so zajeti z različnim sistemom zdravstvenega zavarovanja kmetov in zdravstvenim zavarovanjem delavcev. Raziskava je pokazala, da pri uporabi kurativnih oblik izvenbolnišničnega zdravstvenega varstva kmečko prebivalstvo opazno zaostaja za prebivalstvom, zajetim z zdravstvenim zavarovanjem delavcev, in tudi za povprečno uporabo teh oblik zdravstvenega varstva v SRH. Občan SRH je v času od leta 1966 do 1968 naredil povprečno 5,1 obiska pri zdravniku v izvenbolnišničnem varstvu, medtem ko je kmet, zavarovan prek kmečkega zavarovanja, opravil samo 1,2 obiska pri zdravniku v izvenbolnišnični zdravstveni službi. Tako je kmečko prebivalstvo uporabilo štirikrat manj izvenbolnišničnih storitev zdravstvenega varstva glede na povprečno uporabo te vrste zdravstvenih storitev v SRH.

Največje razlike v uporabi storitev izvenbolnišničnega zdravstvenega varstva med kmeti in prebivalci, zavarovanimi na osnovi zdravstvenega zavarovanja delavcev, obstajajo pri storitvah zobozdravstvene službe (1:9) in pri storitvah specializiranega zdravstvenega varstva v ambulantno-polikliničnih in stacioniranih zdravstvenih ustanovah (1:6).

Iz raziskave je razvidno, da je tako očitne razlike v uporabi zdravstvenih storitev med kmeti, zavarovanimi z zdravstvenim zavarovanjem kmetov, in med delavci, zavarovanimi z zdravstvenim zavarovanjem delavcev, najbolj pogojeval sistem zdravstvenega zavarovanja, ki je privilegiral zdravstveno varstvo delavcev.

Poleg omenjene raziskave M. Škrbića pri nas niso bile izdelane znanstvene, sistematične in verifirane raziskave, ki bi proučile razlike glede uporabe zdravstvenih storitev znotraj sistema zdravstvenega zavarovanja delavcev, ki vključuje zelo različne kategorije zavarovancev. Raziskava Slovensko javno mnenje 1981/82 (15), ki je zbrala tudi podatke o storitvah zdravstvenega varstva v letu 1981 pri 2049 anketiranih Slovencih, daje možnost za oblikovanje ugotovitev glede storitev zdravstvenega varstva (zdravstvene storitve, ki jih nudijo splošni zdravniki, specialisti, zobozdravniki, bolnišnice, naravna zdravilišča) pri poklicih, izobrazbenih in dohodkovnih kategorijah.

Zbiranje tovrstnih podatkov prek javnega mnenja sicer ni najprimernejši način zbiranja podatkov, zlasti zaradi netočnosti pri navajanju uporabljenih zdravstvenih storitev pri nekaterih anketirancih. Vendar statistična zdravstvena poročila ne dajejo vedno podlage za takšno raziskovanje, ker so njihovi metodološki okviri postavljeni tako, kot da gre za homogene družbene kategorije znotraj zdravstvenega zavarovanja kmetov, delavcev, obrtnikov in svobodnih poklicev. Zdravstveni karton bolnika in ustrezna statistična poročila bi lahko služila kot podlaga za oblikovanje znanstveno veljavnih ugotovitev o storitvah zdravstvenega varstva.

---

**LJUDJE OBČUDUJEJO TALENT, POGUM, DOBROTO, VELIKE NALOGE IN VELIKE PREIZKUŠNJE, CENIJO PA SAMO DENAR.**

Becque



● *Obisk pri zobozdravniku v letu 1981 glede na poklicno strukturo*

Tabela 7: **Poklic oziroma kvalifikacija – obiski pri zdravniku v odstotkih**

polkvalificiran, nekvalificiran delavec	kvalificiran, vi- sokokvalificiran delavec	uslužbenec z nižjo, srednjo izobrazbo	uzlužbenec z višjo, visoko izobrazbo	obrtnik kmet	upoko- jenec	drugo	skupaj
20,9	0	20,1	23,5	18,6	1,7	7,3	7,8 100

Zobozdravstvene storitve je v letu 1981 iskalo največ uslužbencev z višjo in visoko izobrazbo (23,5%), nekaj manj polkvalificiranih in nekvalificiranih delavcev (20,9), manj pa upokojeanci (7,3%) ter gospodinje iz nekmetijstva, študentje in dijaki (7,8%). Od kvalificiranih delavcev, ki so v anketnem vzorcu najbolj zastopani (z 28,1%), ni nihče v letu 1981 obiskal zobozdravnika. Prav tako je delež kmetov, ki so obiskali zobozdravnika, izredno nizek (1,7%). Med dejavnike, ki vplivajo na manjše število zobozdravstvenih storitev, sodita nizka stopnja zobozdravstvene kulture in dostopnost zobozdravstvenih storitev širši populaciji, ki je pogojena z manjšo ponudbo te vrste storitev, kar ima za posledico daljšo čakalno dobo. V Sloveniji pride na enega zobozdravnika 2000 prebivalcev, medtem ko je ta številka mnogo nižja npr. na Švedskem – 860.

● *Obisk pri specialistu v letu 1981 in poklicna oziroma kvalifikacijska struktura*

Tabela 8: **Obisk pri specialistu v letu 1981 – poklicna struktura v odstotkih**

polkvalificiran, nekvalificiran delavec	kvalificiran, vi- sokokvalificiran delavec	uslužbenec z nižjo, srednjo izobrazbo	uzlužbenec z višjo, visoko izobrazbo	obrtnik kmet	upoko- jenec	drugo	skupaj
26,8	0,5	17,0	18,4	15,1	1,4	11,0	9,9 100

V letu 1981 je bilo pri specialistu največ polkvalificiranih in nekvalificiranih delavcev (26,8%), kar je razumljivo, saj je to poklicna kategorija, ki zaradi svojih bioloških, delovnih in življenjskih razmer bolj pogosto oboleva. Sorazmerno velik je delež uslužbencev z višjo in visoko izobrazbo (18,4%) ter uslužbencev z nižjo izobrazbo (17%). Dokaj majhen pa je odstotek kvalificiranih in visokokvalificiranih delavcev (0,5%) in kmetov, ki so v letu 1981 obiskali specialista. Pričakovani obisk pri specialistu bi moral biti zlasti višji pri kmetih, saj kmetje med poklicnimi kategorijami najbolj obolevajo.

● *Zdravljenje v naravnem zdravilišču v letu 1981 glede na poklic oziroma kvalifikacijo*

Tabela 9: **Zdravljenje v zdravilišču v letu 1981 v odstotkih**

polkvalificiran, nekvalificiran delavec	kvalificiran, vi- sokokvalificiran delavec	uslužbenec z nižjo, srednjo izobrazbo	uzlužbenec z višjo, visoko izobrazbo	obrtnik kmet	upoko- jenec	drugo	skupaj
11,0	5,7	16,7	19,4	13,9	0	8,3	25,0 100

V letu 1981 je bilo na zdravljenju v zdravilišču največ gospodinj iz nekmetijstva (25%), velika zastopanost je tudi med uslužbenci z višjo in visoko izobrazbo (19,4%) in med tistimi z nižjo in srednjo izobrazbo (16,7%), manjši pa je bil delež upokoјencev (8,3%), nekvalificiranih in polkvalificiranih delavcev (11,0%). Izrazito nizek je delež kvalificiranih in visokokvalificiranih delavcev (5,6%), medtem ko nihče izmed kmetov v letu 1981 ni bil na zdravljenju v zdravilišču.

Med dejavnike, ki pogoјujejo manjšo uporabo te specifične oblike zdravstvenega varstva, bi lahko navedli dejstvo, da so te vrste zdravstvene storitve omeјene, zato tudi malo ponujene. Pri realizaciji ponujene oblike zdravstvenega varstva pa se pojavljajo težave pri kritju stroškov za nemedicinski del bivanja v zdravilišču pri nižjih dohodkovnih kategorijah. Pri kmetih je ena izmed ovir za manjše število zdraviliških storitev delo na kmetiji, ki zaradi svoje narave zahteva stalno prisotnost na kmetiji, poleg tega pa je temeljni vir za kmetovo eksistenco.

### *3. Dostopnost zdravstvenega varstva*

Na iskanje storitev zdravstvenega varstva poleg že navedenih dejavnikov (demografskih, ekonomskih, družbenih, socio-psiholoških, zdravstvenega zavarovanja, patologije prebivalstva) delujejo še drugi dejavniki, od katerih je odvisna teritorialna zastopanost zdravstvenih storitev na nekem področju. Med dejavniki, ki posebej vplivajo na dostopnost zdravstvenega varstva, je število prebivalcev na določenem področju z ene strani ter število zdravstvenih delavcev (zdravnikov) in bolniških postelj z druge strani. Kot drugi kazalci se uporabljajo: odstotek rojenih v zdravstvenih ustanovah, odstotek zdravljenih pred smrtjo ter odstotek umrlih v zdravstvenih ustanovah.

Pričakovati je, da bo prišlo do koncentracije zdravstvenega potenciala (zdravstvenih delavcev, ustanov) v urbanih centrih, medtem ko bo manj zdravstvenih potencialov v ruralnih področjih. Razlike v številu zdravstvenih delavcev, razpoložljivih bolniških postelj vplivajo na število zdravstvenih storitev, ker povečana ponudba le-teh spodbuja tudi povpraševanje za zdravstvenimi storitvami, torej potrošnjo.

## **DRUŽBENE NEENAKOSTI NA PODROČJU ZDRAVSTVA OZIROMA ZDRAVSTVENEGA VARSTVA**

P. Klinar opredeljuje družbeno neenakost kot vse tiste družbene razlike (ki delijo ljudi na bogate, revne, na vladajoče, vladane, na privilegirane in deprivilegirane, na izkoriščevalce in izkoriščane; možnosti, prednosti, koristi so med njimi neenakomerno razporejene), ki razporejajo ljudi, skupine po vertikali, kar pomeni, da imajo različen družbeni status, da so v odnosih nadrejenosti in podrejenosti (16).

Sociologija medicine zaznava v sodobnih industrijskih družbah pojave družbene neenakosti na področju zdravstva, ki se izražajo kot:

1. razlike v etioloških in patogenetskih pogojih, ki pogoјujejo razlike v distribuciji zdravstvenih rizikov in smrtnosti;

2. razlike v preventivnih, diagnostičnih in terapevtskih ukrepih zdravstvenih delavcev, zdravstvene službe;

3. razlike v osebnih karakteristikah potencialnih bolnikov, ki se kažejo v različnem prepoznavanju bolezni, različnem reagiranju na bolezen in v različnem vedenju v času bolezni (9).

Zdravstveno stanje, način zdravstvenega zavarovanja, razlike v sistemu zdravstvenega varstva so občutljiva področja, kjer se kažejo družbene neenakosti, na katere smo opozorili v prejšnjem delu. Razlike v preventivnih, diagnostičnih in terapevtskih ukrepih zdravstvenih delavcev, zdravstvene službe obstajajo. To lahko trdimo na temelju dobljenih rezultatov v tujih raziskavah, ki kažejo, da ljudje iz višjih družbenih slojev dobijo ponavadi več zdravnikovega časa, boljše storitve, ker so jim ti bližje, ker pripadajo istemu družbenemu sloju kot oni, ker imajo boljše prestižne možnosti in je lažje ravnati z njimi; pa tudi na temelju domačih nesistematičnih proučevanj. Tako sta angleška sociologa D. A. Pendelton in S. Bochner v študiji, ko sta proučevala proces dajanja informacij s strani splošnega zdravnika, opozorila na predsodke, ki vplivajo na to, kaj bo zdravnik povedal bolniku z nizkim družbenoekonomskim položajem. Naj navedemo le tri tipične predsodke: bolnik z nizkim družbenoekonomskim položajem je plašen, boječ pri postavljanju vprašanj glede bolezni; ima manjšo željo sprejeti informacijo in pojasnilo glede svojih problemov; kmalu bo pozabil, kaj mu bo zdravnik povedal.

Tabela 10: **Ocene bolnikov glede odnosa sobnega zdravnika do bolnika** (v odstotkih)

<b>Posvečanje pozornosti</b>	<b>%</b>
vsem enako	70
več tistim s težjo boleznijo	24
nekaterim več, drugim manj, čeprav imajo enako bolezen	0
ne morem oceniti	6
<b>Skupaj</b>	<b>100</b>

Tudi v naši strokovni literaturi vlada kritičen odnos do te vrste družbene neenakosti. Tako so pri nas občani, ki jim je po potrebi na voljo hitra in učinkovita pomoč na ravni druge polovice 20. stoletja, drugi pa se po pravilu zdravijo na ravni začetka tega stoletja (7). Nekatere z mesta nesreče prevažajo s helikopterji, drugi pa tudi tedaj, ko pridejo sami, neredko naletijo na zaprta vrata bolnišnic; k nekaterim prihajajo na telefonski klic zdravniki domov, drugi pa po več ur čakajo v prenapoljenih čakalnicah; nekatere zdravijo vrhunski specialisti, druge povsem skromni zdravniki; nekatere varovance pošiljajo na najboljše tuje klinike ter jih zdravijo z najboljšimi tujimi zdravili, drugim pa je to v glavnem nedostopno (17).

Rezultat manjše raziskave Človek kot pacient, ki sem jo izvedla februarja 1983 in je zajela 50 hospitaliziranih bolnikov na petih oddelkih Univerzitetnega kliničnega centra, so pokazali, da zdravnik daje enako strokovno pomoč, svoj čas, informacije bolniku ne glede na njegov družbeni položaj (slojevsko pripadnost). To kaže, da je etos humanosti med bolniki in zdravnikom uresničen ob upoštevanju prizadevanj naše družbene skupnosti po večji družbeni enakosti, da je človek (bolnik) upoštevan kot subjekt.

Raziskava o človeku kot bolniku mi je nakazala nove probleme, ki bi jih bilo potrebno upoštevati pri nadaljnjih tovrstnih raziskavah – večji raziskovalni vzorec, ki zagotavlja večjo veljavnost dobljenih rezultatov, prihodnje raziskave naj bi

proučile tudi drugi pol odnosa zdravnik – bolnik, torej zdravnikova mnenja, stališča, ocene o bolnikih. V celoti gledano je potrebno pri anketiranju bolnikov upoštevati časovni vidik, kar pomeni, da bi bili bolniki anketirani ob odpustu iz zdravstvene ustanove, saj bi se ta sprememba izrazila v večji iskrenosti odgovorov bolnikov ter v večji veljavnosti samih rezultatov raziskave.

#### Literatura:

1. Vuković Ž. Medicina i sociologija. Sociološki pregled 1974: 364.
2. Grmek MD. Uvod u medicinu. Beograd–Zagreb: Medicinska knjiga, 1971: 36, 168.
3. Prokić B. Uvod u sociologiju medicine. Beograd: Savremena administracija, 1979: 18–9, 27, 66, 72, 137.
4. Repovš D. et al. Sociološke raziskave v zdravstvu. Ljubljana: Inštitut za sociologijo in filozofijo, 1976.
5. Simoniti J, Pogačnik D. Organizacijske, socialne in družbene determinante hospitalizacije. Ljubljana: Inštitut za sociologijo in filozofijo, 1978.
6. Mechanic D. The concept of illness behavior. Journal of Chronic Diseases 1962; 15: 189–90.
7. Popović B, Škrbić M. Stanovništvo i zdravlje. Zagreb: JUMENA, 1976: 153–4, 158, 165.
8. Pendelton DA, Bochner S. The communication of medical information in general practice consultations as a function of patients' social class. Social Science and medicine 1980; 1: 669–73.
9. Popović B, Škrbić M, Letica S. Zdravlje i zdravstvena zaštita. Zagreb: JUMENA, 1981: 7, 42.
10. Strauss AL. Medical organization, medical care and lower income groups. Social Science and medicine 1969; 3: 156.
11. Šefer B. Socialna politika v socialistični samoupravni družbi. Ljubljana: Delavska enotnost, 1981: 261.
12. Brejc T. et al. Rehabilitacija. Ljubljana: Zavod za rehabilitacijo invalidov SRS in Fakulteta za sociologijo, politične vede in novinarstvo, 1979: 114.
13. Jogan M. Nekateri sociološki vidiki odnosa med zdravnikom in bolnikom. Zdrav Vestn 1981; 50: 176
14. Škrbić M. Uvod u ekonomiku zdravstva. Zagreb: JUMENA, 1978: 235.
15. Slovensko javno mnenje 1981/82. Raziskava. Ljubljana: Fakulteta za sociologijo, politične vede in novinarstvo, 1982.
16. Klinar P. Poglavja iz razredne in slojevske strukture družbe. Ljubljana: DDU Univerzum in Fakulteta za sociologijo, politične vede in novinarstvo, 1979: 9.
17. Toš N. Družbena enakost in razvoj. Maribor: Založba Obzorja, 1974: 205.

---

### CILJI ZDRAVSTVENE NEGE (1)

Cilji zdravstvene nege so opredeljeni tako, da zajemajo vse potrebe po negi. Dejavnost zdravstvene nege opisujemo kot vzdrževanje, povrnitev ali krepitev sposobnosti človeka z vseh vidikov zdravja. Pravilno postavljeni cilji nam dajejo tudi merila za vrednotenje zdravstvene nege oziroma dosežkov, dobljenih v procesu zdravstvene nege.

Cilj je po definiciji Svetovne zdravstvene organizacije (1981) »opis telesnega, duševnega in socialnega stanja, ki ga želimo doseči v največji možni meri«. Prevedeno v prakso, pomeni to »dokumentiranje zaželenih specifičnih dosežkov zdravstvene nege, ki smo jo opravljali po načrtu zdravstvene nege«. Cilji nege so splošni in specifični, kratkoročni, srednjeročni in dolgoročni.

Proces zdravstvene nege. Priročnik. Ljubljana: Zveza društev medicinskih sester Slovenije, 1984: 49.

---

**NIHČE NE VE TOLIKO SLABEGA O NAS KAKOR MI SAMI – IN NIHČE KLJUB TEMU NE MISLI TAKO DOBRO O NAS KAKOR MI SAMI.**

Schöntan